

VOX dentarii

ГОДИНА 7

БРОЈ 1

АПРИЛ 2017

ИНФОРМАТОР НА СТОМАТОЛОШКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА



НЕОПХОДНО Е ДА СЕ СПРЕЧИ
НЕЛЕГАЛНОТО РАБОТЕЊЕ
ВО СТОМАТОЛОГИЈАТА

1 ЗА СЕ!

МКД 4,9%
ФИКСНА КАМАТНА СТАПКА
ЗА ПРВИТЕ 2 ГОДИНИ

**Еден кредит за
сите ваши соништа**

**Потрошувачки кредит
за рефинансирање на
сите кредитни обврски
во други домашни банки**



ПОТРОШУВАЧКИ КРЕДИТ ЗА НАБАВКА НА МАТЕРИЈАЛИ И ОПРЕМА

Износ до МКД 900.000 и рок до 120 месеци

Фиксна каматна стапка во текот на првата година

- **МКД 5,50%** - за клиенти со плата во Банката
- **Променлива каматна стапка за останатиот период**
- **МКД 7,35%** за клиенти со плата во Банката*

Надоместоци:

- **0%** провизија за предвремена отплата
- **0 МКД** надомест за обработка на барањето
- **0%** провизија за администрирање

Пример (Септември 2016)

За клиенти со плата во Банката, за кредит од МКД 600.000.00 со рок на отплата од 84 месеци и фиксна к.с. за првата година од 5,50% и променлива к.с. за останатиот период 7,35%, месечниот анuitет за првата година би изнесувал МКД 8.622.00 а месечниот анuitет после првата година би изнесувал МКД 9.086.00. (СВТ) изнесува 7,05%

ПОТРОШУВАЧКИ КРЕДИТ

Износ до МКД 900.000 и рок до 120 месеци

Фиксна каматна стапка во текот на првата година

- **МКД 5,50%** - за клиенти со плата во Банката
- **Променлива каматна стапка за останатиот период**
- **МКД 8,35%** за клиенти со плата во Банката

Надоместоци:

- **0%** провизија за предвремена отплата
- **0 МКД** надомест за обработка на барањето
- **1%** провизија за администрирање**

Пример (Септември 2016)

За клиенти со плата во Банката, за кредит од МКД 600.000.00 со рок на отплата од 84 месеци и фиксна к.с. за првата година од 5,50% и променлива к.с. за останатиот период 8,35%, месечниот анuitет за првата година би изнесувал МКД 8.622.00 а месечниот анuitет после првата година би изнесувал МКД 9.343.00. (СВТ) изнесува 8,14%

WELCOME СТАНБЕН КРЕДИТ

Промотивен период до 30.06.2017

Можност за рефинансирање на кредити од други банки

Износ до ЕУР 150.000 и рок до 360 месеци

Грејс период до година дена

- **ЕУР 2.9%** фиксна за првите три години
- **ЕУР 5.85%** променлива за останатиот период

Надоместоци:

- **0%** провизија за администрирање;
- **0%** за рефинансирање на кредити од други банки
- **0 МКД** надомест за обработка на барањето
- **0 МКД** трошоци за проценка на имот
- трошоци за меница и нотарски трошоци, упис на хипотека и осигурување на имот

AMERICAN EXPRESS – КРЕДИТНА КАРТИЧКА

- Можност за купување на повеќе од 4.100 продажни места
- Можност за Интернет купување преку PayPal, E-bay итн.
- Пристап до единствената **ТВОЈ БОНУС** програма за поврат на средства од **2,5 % до 15 %** на повеќе од 250 продажни места или преку 100 брендови
- Можност за **Двоен бонус** за новите корисници на Станбените кредити и Орочените депозити
- Минимален месечен износ за отплата 5% од потрошениот износ
- **Без членарина за првата година**
- Бескаматен **грејс период до 50 дена**
- **Плаќање на рати без камата** во Zara, Bershka, Pull & Bear, Stradivarius и Massimo Dutti

За сите дополнителни информации во врска со производите за физички лица на Силк Роуд Банка АД Скопје, можете да нè контактирате во Службата за продажба за производи за население, на телефоните 02/3289 446 и 3203-598 или RetailSales@silkroadbank.com.mk

*за клиентите кои платата ја примат во друга Банка, важат други каматни стапки

**за време на промотивен период провизијата изнесува 0%



Fulfilling your needs

Zhermack, a reliable partner

Naša pojdovna točka e istraživanje na hemiskata formulacija i sinteza na polimeri. So preku triesetgodišno iskustvo, uspeavme vo razvivanje na širok spektar na proizvodi, vključuvajki alginati i silikon i za zemanje na otpečatok i sredstva za kontrola na infekcija. Se e integrirano so oprema, specifično dizajnirana vo soglasnost so kliničkite procesi. Taka gi zadovoljuvame potrebite na stomatolozi so pomoš na mreža od skoro 1000 dileri širum svetot.

Impression • Restorative • Infection Control • Consumables & Equipment

Издавачки совет:

проф. д-р Владимир Поповски
д-р Петре Саздов, д-р Аријан Даци, д-р Милан Камчев, д-р Марија Андоновска, д-р Елена Ангелеска Пешевска, д-р Лидија Поповска, д-р Благоја Даштевски, д-р Горан Тодоровиќ, д-р Јасна Џајковска, д-р Александар Илиев, д-р Горан Ивановски, д-р Агим Назири

Главен и одговорен уредник:

проф. д-р Мирјана Поповска

Заменици на главниот и одговорен уредник:

проф. д-р Цена Димова
науч. сораб. д-р Вера Радојкова - Николовска

Уредувачки одбор:

д-р Дијана Трелавиќ (Словенија), д-р Сеад Реџепагиќ (БиХ), д-р Наташа Јакоба (Србија), д-р Васка Вандевска-Радуновиќ (Норвешка), д-р Ана Ангелова Волпони (УК), д-р Кристина Попова (Бугарија), д-р Розарка Будина, д-р Чилијана Тоти (Албанија), д-р Владимир Поповски, д-р Даница Поповиќ-Моневска, д-р Лидија Поповска, д-р Недим Касами, д-р Џељаљ Ибраими (Р.Македонија)

Подготовка, компјутерска и графичка обработка:

Ристе Недановски, Јасминка М Јанева, Октај Омерагиќ

Издавач:

Стоматолошка комора на Македонија
Ул: „Огњан Прица“ бр. 1/4-5
1000 Скопје
Тел: 02/ 32 46 851; 32 46 852
факс: 02/ 32 46 850
Жиро - сметка: 300000000477179
Депонент: Комерцијална Банка АД Скопје
ЕДБ: 4030996268633
www.stomatoloskakomora.org

Излегува 3 пати годишно во тираж:
3.500 примероци

Рекламен простор:

1. Надворешна корица 500 еур.
2. Прва страница (ЛОГО). 400 еур.
3. Втора и претпоследна
страница (корица) 400 еур.
4. Внатрешна страница. 300 еур.
5. Закуп на втора рекламна страна. . . 300 еур.

Плаќањето се врши врз основа на доставени фактури во денарска противредност, според средниот курс на НБРМ на денот на фактурирање. СКМ не е обврзник за ДДВ.

АПРИЛ 2017

СОДРЖИНА

7 СОБРАНИЕ НА СКМ

Неопходно е спречување на нелегалното работење во стоматологијата

Во 2016 година се реализирани значајни активности и проекти

10 АКТУЕЛНО

Одбележан 20 март -

Светскиот ден на оралното здравје

Европски ден на гингивалното здравје

14 СОСТОЈБИ

Оралниот карцином зема
и по 80 животи годишно

18 СОВРЕМЕНА СТОМАТОЛОГИЈА

„Совршена реставративна стоматологија“
пред повеќе од 350 стоматолози
и забни техничари

20 КСУ

22 АПОЛОГИЈА

Стоматологијата
низ времето и просторот

СТРУЧНИ И НАУЧНИ ТРУДОВИ

28 Клинички аспекти при менаџментот и превенцијата на „сува алвеола“ - фибринолитичка алвеола

Проф. д-р Цена Димова

33 Дерматитис херпетиформис и целиака - лице и опачина

34 Ран ортодонтски третман современи концепти

**Cone beam computed tomography (CBCT)
во ортодонцијата**

Клинички аспекти при менаџментот и превенцијата на „сува алвеола“ - фибринолитичка алвеола

Проф. д-р Цена Димова

¹ Факултет за медицински науки, Дентална медицина, Универзитет „Гоце Делчев“ – Штип

Апстракт

Третманот на сувата алвеола е предизвик во секојдневната пракса на стоматолозите и оралните хирурзи. Примената на различни терапевтски модалитети укажуваат на постоење на различни ставови коешто е во корелација со мултикаузалната етиопатогенеза. Заедничко за сите овие методи е што истите се симптоматски т.е. само ја ублажуваат болката. Болките исчезнуваат во период од петтиот до десеттиот ден по екстракцијата, а екстракционата рана целосно зараснува по три седмици. Локалните средства треба да се користат умерено, да се познаваат добро нивните активни супстанции и ефектите врз оралните ткива, бидејќи може да предизвикаат локални и ситемски несакани реакции.

Вовед

Предуслов за да се обезбеди нормален процес на заздравување на екстракционата рана е исполнување на забната алвеола со крвен коагулум. Доколку од која било причина дојде до губење на крвниот коагулум, настанува експонирања на алвеоларната коска и неуспешно формирање на гранулационно ткиво, коешто е проследено со појава на силна болка. Ова постекст-

ракциона компликација се нарекува „сува алвеола“, или едноставно **алвеолитис** (Слика 1).

Терминот за првпат е опишан уште во 1896 година кога за првпат е опишана од страна на Crawford. За оваа состојба има повеќе **синоними** во стручната и научна литература: алвеоларен остеит (АО), локализиран остеит, постоперативен алвеолитис, alveolalgia, алвеоларен неуритис, alveolitis sicca dolorosa, локализиран акутен алвеоларен остеомиелитис, постекстракционен остеомиелитички синдром, фибринолитички алвеолитис.

Во стручната литература терминот фибринолитички алвеолитис го вовел Birn во 1963 година и иако се чини за најпрецизен, сепак малку се користи во секојдневната комуникација во стручните, но и во научните кругови. Често се користи терминот сува алвеола (dry socket) што е всушност генеричко име. Сепак, најмногу се среќава терминот **алвеоларен остеитис**.

Во научната литература се соопштени 18 дефиниции за оваа постекстракциска компликација.

Најприфатлива е дефиницијата на Blum (2002) во која се вели дека тоа е „постоперативна болка која е на мес-



Слика 1. Сува алвеола

тото на извадениот заб, која се повеќе се зголемува во период од првиот до третиот ден по екстракцијата, придружено со дезинтеграција на крвниот съсирок, со или без халитоза (непријатен мирис)“.

За појавата на сувата алвеола во стручната литература се посочуваат различни податоци за времето на настанување на оваа посекстракциона компликација, но вообичаено оваа постекстракциона компликација се случува во период од вториот до четвртиот ден по екстракција на заб (во 95-100% од случаите), но треба да се потенцира дека некогаш може да се

Summary

The treatment of dry socket is challenging in everyday practice of dentists and oral surgeons. The application of various treatment modalities indicate the existence of different views which are in correlation with multi-causal etiology and pathogenesis. Common to all these methods is that they are symptomatic i.e. only relieve pain. The pain disappeared within the fifth to the tenth day after the extraction and extraction wound completely heals after three weeks. Local resources should be used sparingly, to know well their active substances and the effects on oral tissue, and can cause local and system reactions.

појави веднаш, следниот ден по екстракција, но некогаш и по 4-5 дена по извршената екстракција, дури и по седум дена по неа.

Постојат различни податоци и за инциденцата на појава на оваа состојба и тоа постојат податоци дека како компликација по екстракција таа е со висок ранг. При рутинските екстракции се јавува од 0.5-5%, но има податоци дека се јавува од 1-37%, па дури може да се сретне во рангот до 45% од извршените екстракции со најголема застапеност по екстракција на третите долни молари, особено на третите долни импактирани молари.

Податоците во однос на возраста и полот укажуваат на почеста појава кај пациенти на возраст од 20-45 години и особено со поголема застапеност кај женскиот пол.

Објавени се многубројни студии за сувата алвеола, но во недостиг на објективни клинички критериуми сепак не може да се утврди која е точната фреквенција на оваа компликација.

Мора да се потенцира дека сувата алвеола најчесто се јавува кај пациенти пушачи, кои пушат повеќе од 20 цигари дневно, кај лица со лоша орална хигиена, потоа при долго и трауматско вадењето на заби, како и при лица кои не ги следат правилно инструкциите по извршената екстракција.

Алвеолитисот најчесто се јавува после долготрајни и тешки екстракции, но може да се појави и после едноставни и типични екстракции, односно по лесни екстракции извршени во асептички услови, па дури и по екстракции за кои не е дадена анестезија. Почесто се јавува после вадење на гангренозни заби и авитални заби, почесто при вадење на заби во долната вилица во однос на горната вилица.

Во литературата се среќаваат голем број на теории кои ја објаснуваат етиопатогенезата на алвеолитисот но, ниту една од нив не може да се прифати како точна. Точниот причинител и етиопатогенеза се непознати и најверојатно се работи за мултикаузална етиопатогенеза.

Инфективна теорија - според која инфекцијата на алвеолата доведува до

алвеолит. Оваа теорија не дава одговор зошто алвеолитот се јавува и после екстракција на витални заби, бидејќи во клиничката слика нема знаци на воспалување. Исто така, се поставува прашање кои бактерии доведуваат до инфекција кога бактериската флора во алвеолата е иста со онаа во оралната празнина.

Трауматска теорија - според која екстракцијата доведува до траума на парадонциумот на која се надоврзува секундарна инфекција. И оваа теорија е неодржлива затоа што алвеолитот се јавува и после лесна екстракција, а честопати може да не се јави после тешка и долготрајна екстракција.

Алергична теорија - денталниот плак е причина за сензибилизација на алвеолата, при што се ослободува хистамин и појава на ексудација на која се надоврзува секундарна инфекција.

Вазоконстрикторна теорија - според која вазоконстрикторната компонента во анестетичниот раствор доведува до исхемија во алвеолата, нарушена исхрана, забавени метаболички процеси и нарушено зараснување.

Теорија на проф. Deshon - според кој причината лежи во лезија на вазомоторното стебло и дразба на симпатичните нервни влакна. Екстракцијата на забот делува како дразба врз симпатичните нервни влакна што резултира со вазоконстрикција, исхемија и нарушена исхрана во алвеолата.

Теорија на зголемена фибринолитичка активност на плунката - според која зголемената фибринолитичка активност на плунката доведува до топење и разрушување на крвниот коагулум.

Хормонална терапија - припрема терен за појава на алвеолит. Општата здравствена состојба исто така е важна бидејќи кај хронични заболувања, нарушувања на метаболизмот на Са и Р, при хиповитаминози Д и Е алвеолитот почесто се јавува.

Според Galus и sor. кај пациентките кои земаат хормонска терапија за превенција на бременост (орални контрацептивни средства), терапијата значително ја редуцира активноста на антифакторот Ха, кој има ниска специ-

фичност за тромбоза при екстензивни хируршки интервенции. Ова е особено значајно кај млади жени третирани со орални контрацептиви кај кои оралната контрацепција ја зголемува фибринолитичката активност и на крвта и на плунката.

Defabianis укажува дека еден од најсигнификантните патогенетски фактори за развојот на можното крвавење по оралната операција, кај здрави пациенти е активирањето на фибринолитичкиот процес во усната празнина. Меѓу другото, во наодите на многу автори посебно се апострофира феноменот „dry socket” - сува алвеола.

Bets и sor. ги посочуваат веќе спомнатите синоними за оваа состојба и оваа состојба сметаат дека е сувата алвеола една од најчестите компликации по забната екстракција.

Повеќето теории даваат акцент на фибринолитичкиот механизам, потоа на оперативната траума, бактериската контаминација, нутрицискиот дефицит, како и на инфекција со херпес симплекс. При оваа состојба, честопати е забележана фибринолитичка активност на крвта при свежи постекстракциски рани регистрирани лабораториски со средства за мерење фибринолиза. Фибринолитичката активност на крвта за време на операцијата и во постоперативниот период сигнификантно влијаела врз фибринолитичката активност на плунката, што придонело за манифестација на клиничка слика на алвеолитис.

Nitzan смета дека фибринолизата е поттикната од ткивните активатори и таа само делумно ја објаснува појавата на „сувата алвеола”. Врз основа на литературните сознанија авторот смета дека појавата на алвеолитисот е во корелација со бактериските агенси кои се опфатени во фибринолизата и веројатно дека *treponema denticola* најчесто игра водечка улога во овој процес.

Сепак, утврдено е дека појавата на алвеолитис е почеста кај „високо ризичните” пациенти, поточно пушачи или пациентки кои примаат орални контрацептивни средства. Исто така, се смета дека фибринолитичката ак-



Слика 2. Јодоформ трака, Solutio Chlumsky и Aperiyl чепчиња во оригинални паковања

тивност на саливата е намалена по орално-хируршките интервенции, како резултат на контаминација со фибринолитичките инхибитори кои потекнуваат од крвта.

Конечно, со постоењето на повеќе теории за етиопатогенезата се смета дека прецизната етиопатогенеза не е позната и најверојатно сувата алвеола е од мултикаузална природа, односно има мултикаузална етиопатогенеза.

Ризични фактори - Како ризични фактори во научната литература се набројуваат следниве причини: трауматска работа, тешки и долготрајни екстракции, недостаток на искуство на оралниот хирург, почесто кај женски пол, трето моларна хирургија, потоа кај пациенти со системски заболувања, кај пациентки кои примаат орални контрацептивни средства, кај пушачи, при употреба на вазоконстриктор во локалниот анестетик, при бактериска инфекција, при поединечни екстракции наспроти мултипли, при прекумерно плакнење и киретирање на алвеолата

Алвеолитот се јавува во две клинички форми: сув алвеолитис (alveolitis sicca) и влажен алвеолитис (alveolitis humida). При симптоматологијата субјективно доминира јака, спонтанa, ирадирачка болка, која се потенцира кога пациентот е во хоризонтална положба, и ноќе. Силната болка не се смирува ниту со аналгетици. Пациентите поради постоењето на силната болка се работонеспособни. Често пати пациентите доаѓаат интоксирани поради преголемото земање на таблети за аналгетици и таблети за смиру-

вање. Болката е ирадирачка, најчесто кон увото или слепоочница, истата тешко може да се локализира. Болката кулминира околу 3-5 дена по настаната компликација. Без терапија болката трае 3 недели.

При клиничкиот преглед постои празна и сува алвеола, експонирана алвеоларна коска. Пациентот може да се пожали и на непријатен мирис, како и појава на изменет осет за вкус. Имено, *кај сувиот алвеолит сретнуваме*: празна и широка алвеола, по сидовите се забележуваат фибрински зеленкасти налепи, рабовите на гингивите се ливидни, но не се едематозни, околотното ткиво не покажува знаци на инфламација, нема оток, хиперемија, нема регионален лимфаденит што е важен диференцијално дијагностички знак во однос на одонтогената инфекција. Додека, *кај влажниот алвеолит сретнуваме*: алвеола исполнета со путридно распаднат коагулум со сиво зеленкаста боја.

Дијагнозата се поставува лесно врз база на клиничката слика; субјективните знаци, типичниот објективен наод. Од параклиничките испитувања користиме РТГ снимка, но на неа нема да забележиме никаква промена, односно треба да очекуваме празна алвеола, но и да исклучиме постоење на скршен корен, туѓо тело или неискиртиран процес.

Оваа состојба треба да се разликува од следниве состојби: инфекција на екстракциона рана, неуритис на завршните гранки, акутен пулпитис или пародонтитис на соседните заби или траума во близина на екстрахирираниот заб.

При алвеолитот, всушност се работи за нарушување помеѓу првата и втора-

та фаза од процесот на нормално зараснување. Дури и после 7 дена нема да видиме знаци на формирање на granulационо ткиво.

Превентивно, за да не дојде до алвеолит, секогаш е неопходно алвеолата да се исполни со крв, никогаш да не се остави празна алвеола, не исполнета со крв после екстракција. За таа цел, во алвеолата може да се аплицира геластип со јодоформ, кој се ресорбира in situ или пак јодоформ дрен но аплициран само во цервикалната третина од алвеолата. Сепак доколку се јави алвеолит тој може до крај на лекувањето да оди само како алвеолит, но може и оваа компликација да се додатно искomплицира и да настане некротичен остеоитис.

Менаџмент на сувата алвеола

Бидејќи етиологијата на алвеолитот е непозната, последователно и менаџментот и севкупниот третман е палијативен - *симптоматски*.

Не постои посебен третмантски модалитет за сува алвеола. Секој пациент со симптоми кои сугерираат на можната сува алвеола треба да се ревидираат веднаш од страна на стоматологот. Потребно е да се направат ретро-алвеоларни рендгенграфии, со цел да се исклучи можноста од постоење на фрагменти од заб или туѓо тело.

Терапијата се дели на општа и локална, при што **општа терапија** опфаќа ординирање на аналгетици, перорално или парентерално зависно од јачината на болката. Обично се ординираат нестероидни анти-инфламаторни лекови. Потоа, се користи и физикална терапија т.е. солукс зрачење,

краткоталасна дијатермија и суви топ компреси. Ординирање на антибиотици е строго контраиндицирано бидејќи антибиотиците се ефикасни само во случај на присутна инфекција. При **локална терапија** потребно е да се изврши соодветна обработка на алвеолата доколку се работи за хумиден алвеолитис и тоалета, и апликација на медикаментозен завој којшто ќе обезбеди намалување на болката (Слика 2, 3, 4, 5, 6).

Обработката опфаќа киретирање на алвеола со претходно дадена локална инфилтративна анестезија без вазоконстриктор. Со киретирањето се отстрануваат остатоците од коагулумот во алвеолата, фибринските налепи од сидовите на алвеолата. Се врши енергично киретирање до здрава коска. После тоа следи плакнење со 3% H_2O_2 и физиолошки раствор.

Во мал број случаи оваа постапка осигурува создавање на нов коагулум и прекин на понатамошниот тек на алвеолитот.

Често пати се случува да и покрај создадениот коагулум следниот ден сепак да дојде до негово разорување, бидејќи истиот го нема оној квалитет што го има примарниот коагулум.

Локални модалитети на избор

Прв модалитет на избор е апликација на јодоформ дрен со Sol. Chlumsky или јодфенол камфор (Слика 2). При постоење на многу силни болки апликација на завој ZnOOC (цинкоксид со олеум кариофилорум или еугенол) како втор метод на избор обезбедува сигурен безболан период за следните 24-48 часа.

Јодоформот делува стимулативно на формирањето на гранулационо ткиво, делува антисептично и создава аеро-

бни услови. Sol. Chlumsky има анти-септично и аналгетично дејство.

Користејќи го вториот метод, крајна цел е да обезбедиме коагулирање на крвта и несметана организација на крвниот коагулум. По киретажата апликацијата 2/3 од алвеолата се исполнуваат со крв а во цервикалната третина со аплицира завој ZnOOC со еугенол или олеум кариофилорум. На тој начин алвеолата се штити од механичко дејство на плунката врз коагулумот. Исто така, овој завој има и аналгетско дејство. Болката се намалува, но постапката се повторува и во наредните денови.

Во литературата сретнуваме и други локални методи на лечење како што се апликација на сулфонамиди, антибиотици, ензими (трипсин и химотрипсин) во алвеолата. Истите не нашле поширока примена во секојдневната пракса. Како постапка може да се спомене и апликацијата на Апернил чепчиња (Apernyll alveolar cone) за во алвеолата, многу често користени во минатото (Слика 2).

Апернил чепчиња или конуси содржат пропилен хидроксibenзоат и ацетилсалицилна киселина којашто се раствора и создава облога по сидовите на

алвеолата, делува механички и ги штити нервните завршетоци од инфекција. Лоша особина на овој метод е што постапката треба да се повторува неколку пати, но посериозно е тоа што може да доведе до сензибилизација на организмот. Од овие причини употребата на Апернил во денешно време е намалена и туку речи исклучена.

Голем број на медикаменти се развиени и пласирани со цел да настане побрзо заздравување и ослободување од болката која настанува после вадењето на забите, како на пример *алвожил, сорбацел газа, солкосерил, Whitehead-ов раствор, раствор според Carpoу, бизмутјодоформ парафинска паста, пасти на база на цинк оксид*.

ALVOGYL се пласирал како специфичен медикамент за лекување на алвеолитис. Со мала локална токсичност, не претставува ризик за појава на улцерации на слuzницата.

Аплициран во алвеолата препаратот Алвожил брзо ги смирува болките предизвикани од екстракцијата. Делува неколку часови по што се елиминира сам по себе.

Состав: јодоформ 15,8г; Paraminobenzoat butyl 25,7 г; Eugenol 13,7 г; Pen-



Слика 3. Медикаментозен завој – Alvogyl



Слика 4. Сува алвеола кај долен молар



Слика 5-6. Аплициран медикаментозен завој (А) и екстракциона рана со аплициран завој по 5 дена од екстракција (Б)



Слика 7. Солкосерил паста

ghauar 3,5 г; неактивни супстанции до 100g. Доаѓа во пакување во облик на паста од 12 грама (Слика 21).

Негови поважни својства се следниве - јодоформот е јак антисептик, поврзан е во овој облик на булоформ, анестетик со долго дејство како поддршка на ренгхауар, кој е хемостатик. Употребувајќи го превентивно, овозможува безболна цикатризација (оздравување) за многу кратко време.

Сорбацел газата (Oxidised regenerated cellulose). Целулозата е употребена во 19 век но со нејзина оксидација со азот диоксид од страна на Yackel и Кепуон, во 1942 година почнува да се употребува во хирургијата. Оксигенизираната регенерирана целулоза има хемостатско дејство.

Во терапијата на сувата алвеола има примена **Solcoseryl Dental Adhesive Paste** (желе и маст) кој содржи голем број аминокиселини кои го засилуваат локалниот метаболизам и оксигенацијата на алвеолата (дури до 100 пати) и на тој начин го забрзуваат процесот на зараснување на екстракционата рана (Слика 7).

Во својот состав содржи дијализирана и депротеинизирана телешка крв, хемиски и биолошки стандардизирана, полидоканол, метил парахидроксibenzoat и пропилен парахидроксibenzoat.

Во деведесеттите години на минатиот век биле користени Whitehead – ов прелив и Carnoy-ов раствор.

Whitehead – ов прелив или премаз се користел во хирургијата на кожа при трансплантација, за кавитетите по цистектомија, периоперативно по ек-

тракција на третомоларна импакција, при реконструкција на орбитална шуплина, како и при оперативен третман на расцепи, остеомиелитис, секако во отсуство на инфекција и со цел за да се спречи крвавење и воедно да обезбеди подобро зараснување на оперативната рана. Во својот состав има јодофор, бензоична киселина, стиракс, толу балзам и етер.

Carnoy-ов раствор пак содржи хлорофор, оцетна киселина, железосулфат во алкохолен раствор, се применува по цистектомии и операции на кератоцистични одонтогени тумори.

Во 1917 се употребувала бизмут јодофор парафинска паста, во текот на Првата светска војна врз отворени рани со што се постигнало подобро заздравување и намалување на стапката на инфекции на здобиените рани.

За Whitehead – ов прелив или премаз, Carnoy-ов раствор и бизмут јодофор парафинска паста во експериментални модели на глувци и зајаци докажана е нивната невротоксичност.

Заштитни завои на база на ZnO ги има два вида, кои содржат еугенол и кои не содржат еугенол. Се смета дека малите дози и од едните и од другите предизвикуваат контактни алергии, додека во поголеми дози имаат цитотоксични реакции.

Во литературата објавени се различни студии кои Kolokythas и сор. ги систематизирале според видот на применетата терапија или техника во однос на нивно подржување или неподржување на соодветните техники:

- Прескрипција на антибиотици (само со цел за превенција на оваа состојба);
- Примена на топикални средства кои содржат антибиотик како на пр. Gelfoam sponges;
- Користење на антисептици за плакнење на уста (хлорхексидин 0.12%) пред оперативно и периоперативно;
- Антифибринолитични раствори (парахидроксibenзоева киселина, транексемична киселина);
- Површинска употреба на стероиди;

- Локални средства кои содржат еугенол;
- Умерено плакнење на устата.
- Употреба на стерилни ракавици.

Превентивни мерки го вклучуваат следното:

- Сеопфатна историја со идентификација на можните фактори на ризик;
- Спроведување на мерки на предоперативна орална хигиена;
- Употреба на ниска концентрација на вазоконстриктори во растворот за локална анестезија;
- При случаи со клиничката историја и / или радиографски испитувања кои сугерираат за особено тешко екстракција потребно е треба да се избере оперативна екстракција и техника со строго атрауматска работа;
- Секогаш кога е можно, кај пациентите кои примаат орална контрацепција, екстракцијата потребно е да се изврши во текот од 23 до 28 ден од месечниот циклус.

Заклучок

Заедничко за сите посочени методи е што истите се симптоматски т.е. само ја ублажуваат болката. Болките при сува алвеола исчезнуваат во период од петтиот до десеттиот ден по екстракцијата, а екстракционата рана целосно зараснува по три седмици.

Локалните средства треба да се користат умерено, да се познаваат добро нивните активни супстанции и ефектите врз оралните ткива, бидејќи истите може да предизвикаат локални и системски несакани реакции.

Литература

1. Bergdahl M, Hedstrom L. Metronidazole for the prevention of dry socket after removal of partially impacted mandibular third molar: a randomised controlled trial. Br J Oral Maxillofac Surg. 2004; 42(6):555-558.
2. Betts JN, Makowski G, Shen Y, Hersh VE. Evaluation of topical viscous 2% lidocaine jelly as an adjunct during the management of alveolar osteitis. J Oral Maxillofac Surg 1995; 53: 140 - 4.
3. Biggs R. Human blood coagulation, homeostasis and thrombosis. Blackwell Scientific Publication, 1 Ed, Oxford, 1972.

4. Blum IR. Contemporary views on dry socket (alveolar osteitis): a clinical appraisal of standardization, aetiopathogenesis and management: a critical review. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2002; 31(3):309-317.
5. Bonnine FL. Effect of chlorhexidine rinse on the incidence of dry socket in impacted mandibular third molar extraction sites. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 79: 154 - 8.
6. Bortoluzzi MC, Manfro AR, Nodari RJ Jr, Presta AA. Predictive variables for postoperative pain after 520 consecutive dental extraction surgeries. *Gen Dent*. 2012 Jan-Feb; 60(1):58-63.
7. Bortoluzzi MC, Manfro R, De Déa BE, Dutra TC. Incidence of dry socket, alveolar infection, and postoperative pain following the extraction of erupted teeth. *J Contemp Dent Pract*. 2010 Jan 1; 11(1):E033-40.
8. Catelani JE, Harvey S, Ericksin SH, Cherkin D. Effect of oral contraceptive cycle on dry socket (localized alveolar osteitis). *J Am Dent Assoc* 1980; 101 (5); 777-80.
9. Chapnik P, Diamond LH. A review of dry socket: A double-blind study on the effectiveness of clindamycin in reducing the incidence of dry socket. *J Can Dent Assoc* 1992; 58 (1): 43 - 52.
10. Cohen M, Simecek J. Effects of gender-related factors on the incidence of localized alveolar osteitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 79 (4): 416 - 22.
11. Daly B, Sharif MO, Newton T, Jones K, Worthington HV. Local interventions for the management of alveolar osteitis (dry socket). *The cochrane Library* 2012;12:1-30.
12. Dimova C. Socket Preservation Procedure after Tooth Extraction. *Key Engineering Materials*. 2014; 587: 325-330. ISSN print 1013-9826 / cd 1662-9809 I web 1662-9795
13. Dimova C. Prevention of clinical outcome after impacted third molar surgery in correlation with blood fibrinolytic activity. *Revista Romana de Medicina Dentara*, 2012; XV (1): 24-36. ISSN 1841-6942.
14. Kaya GS, Yapici G, Sarvas Z, Gungormus M. Comparison of alvogyl, Salicet patch and low level laser therapy in the management of alveolar osteitis. *J Oral Maxillofac Surg* 2011; 69:1571-1577 Nitzan DW. On the genesis of „dry socket”. *J Oral Maxillofac Surg* 1983; 41 (11): 706 - 10.
15. Nusair YM, Goussous ZM. Quantifying the healing of dry socket using a clinical volumetric method. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006; 101(6):89-95
16. Preetha S. An Overview of Dry Socket and Its Management. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)* 2014; Volume 13, Issue 5 Ver. II: 32-35
17. Rabadi H, Warawreh A, Al-Saraireh S, Al-Qudah M. Solcoseryl dental adhesive paste for prevention of alveolar osteitis. *Pakistan Oral & Dental Journal* Vol 32, No. 1 (April 2012): 23-25.

Дерматитис херпетически и целиака - лице и ојачина

Дерматитис херпетически (ДН) е заболување кое се манифестира со силен јадеж на кожата со предилекциона локализација на лактите, колената и задникот. Дијагнозата се потврдува со докажување грануларни депозити на имуноглобулин А во перилезионите регији на кожата. Литературата сугерира, клиничката пракса веќе потврди, а дијагностиката докажа дека ДН е облик на кожна манифестација на целијачна болест; последица на нетолерантност кон глутен (GFD). Се смета дека целијачната болест иако претставува хиперсензитивност кон GFD, може да се докаже кај роднини од прв степен, со што се потврдува фамилијарната припадност кај 5% од популацијата.

Ткивната трансглутаминаза (TG2) е автоантигенот кај целијачна болест, а епидермалната трансглутаминаза (TG3) е автоантигенот кај ДН. Кај двете болести е докажано присуството на TG2-специфични антитела во серумот и мукозата на тенкото црево, додека пак кај пациентите со ДН детектиран е наодот на ИгА-TG3 во кожата. Сепак, постојат некои разлики помеѓу овие два фенотипа. Една четвртина од пациентите со ДН немаат во тенкото црево мукозна вилозна атрофија, но речиси сите имаат целијачна тип на воспалителни промени. Бидејќи кожата реагира бавно на GFD, клиничките симптоми на ДН се појавуваат во најголем дел од случаите подоцна. Испитувањата докажуваат дека инциденцата на целијачна болест се зголемува, додека спротивни се сознанијата за ДН. Епидемиолошките студии докажуваат дека целијачна болест доминира кај женската популација, додека ДН може да биде почест кај мажите.

Целијачна болест носи ризик за појава на Т-клеточен лимфом во тенкото црево, а кај ДН појавата на Б-клеточен лимфом на кое било место во телото, може да биде повеќе од очекувано. Кај повозрасната популација целијачна болест носи зголемен ризик од смрт, додека кај ДН стапката на смртност е значително намален.

Клучните пораки од оваа кратка комуникација би биле: дерматитис херпетически е кожна манифестација на целијачна болест, двете состојби се генетски детерминирани и глутен-зависни. Гастроинтестинални симптоми и степенот на вилозна атрофија се помалку очигледни кај дерматитис херпетически отколку кај целијачна болест. Двете заболувања покажуваат присуство на ткивни трансглутаминазни (TG2) специфични антитела во серумот на тенкото цревната мукоза. Покрај тоа, TG3 насочените ИгА антитела се наоѓаат во кожата на пациентите со ДН. Двете состојби носат зголемен ризик од лимфом, кај целијачна болест на тенкото црево Т-клеточен лимфом, а кај пациентите со дерматитис херпетически главно Б-клеточен лимфом во различни делови од телото. Целијачна болест во моментот е осум пати почеста заедно со ДН, додека пак инциденцата на ДН се намалува за разлика од онаа кај целијачна болест, каде што се зголемува.

Литература

1. Collin P, Salmi TT, Hervonen K, Kaukinen K, Reunala T. Dermatitis herpetiformis: a cutaneous manifestation of coeliac disease. *Ann Med*. 2017 Feb;49(1):23-31. doi: 10.1080/07853890.2016.1222450. Epub 2016 Dec 14. PMID: 27811111
2. Pasternack C, Kaukinen K, Kurppa K, Mäki M, Collin P, Hervonen K, Reunala T, Huhtala H, Kekkonen L, Salmi T. Gastrointestinal Symptoms Increase the Burden of Illness in Dermatitis Herpetiformis: A Prospective Study. *Acta Derm Venereol*. 2017 Jan 4;97(1):58-62. doi: 10.2340/00015555-2471.
3. Leffler DA, Green PH, Fasano A. Extraintestinal manifestations of coeliac disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2015 Oct;12(10):561-71. doi: 10.1038/nrgastro.2015.131. Epub 2015 Aug 11. Review.

Проф. д-р Мирјана Поповска

Ран ортодонтички третман современи концепции

Кога е вистинското време за почеток на ортодонтичкиот третман?

Времето за започнување на ортодонтичкиот третман зависи од повеќе фактори:

- Морфогенезата и патогенезата на краниофацијалната морфологија
- Растот и развојот на дентоалвеоларниот комплекс
- Орофацијалните функции и
- Детската психологија

Во литературата се опишуваат две школи за вистинското време за почеток на ортодонтичкиот третман.

Класична школа според која:

- Ортодонтичкиот третман не би требало да се иницира се додека не се еруптирани вторите трајни молари и сите перманентни премолари.
- Најдобро е да се почне третманот кога во најголема мера растот е завршен;
- Третманот треба да трае 2 до 3 години при што се избегнува потребата од компензација на неочекуваните варијации од растечките компоненти.

Биопрогресивна школа според која ортодонтичкиот третман треба да го искористи потенцијалот на раст со цел да се елиминираат или моделираат:

- отстапувањата од нормалниот скелетен раст и развој.
- нарушувањата во функционалниот матрикс (асоцирани со дишење на уста, атипично голтање и лоши навики).

Раниот ортодонтичкиот третман обезбедува комплетна или делумна корекција на многу почетни дискрепанци или барем редукција на нивниот растечки капацитет, со цел да се овозможи позитивно влијание на растот, на функцијата, естетиката и на психолошката состојба на децата.

Параметри кои се асоцирани со успехот на раниот ортодонтички третман се:

- хронолошката, ментална и емоционална зрелост на пациентот,
- интензитетот, фреквенцијата и вре-

метраењето на оралните навики,

- родителската поддршка,
- усогласеноста со клиничките инструкции,
- краниофацијалната конфигурација,
- варијациите во краниофацијалниот раст,
- придружни системски болести,
- точноста на дијагнозата,
- адекватноста на третманот.

Идеална возраст за првата иницијална посета кај ортодонт е 7 години.

Тое е поврзано со ерупцијата на првите перманентни молари и перманентните инцизиви.

Скринингот на оваа возраст овозможува детекција на потенцијалните ортодонтички проблеми кои се во релација со растот на вилиците и ерупцијата на

трајните заби и ја покажува неопходноста на третманот и кога е најдоброто време за третман.

Целта е да се откријат трансверзалени, сагитални и вертикални отстапувања од нормалниот раст и развој, постоење на лоши навики (цицање цуцла, прст, усна, тискање јазик) и орофацијални дисфункции (дишење на уста, атипично голтање, постурални проблеми).

Зошто возраст од 7 години?

На оваа возраст може да се детектираат седум предупредувачки знаци кои се ортодонтички неправилности и отстапување од нормалната оклузија и интеркулпидација.

Стоматолозите треба да ги:

- препознаат,
- диференцираат,

Cone beam computed

Со користење на новата технологија, рендгенографијата во стоматологијата доби нова неверојатна димензија и стана солучија за непрекорно визуелизирање и реплицирање на анатомијата што перзистира in vivo.

Инкорпорацијата на дигиталното снимање во секојдневната пракса е нов квалитет бидејќи воведува „волуметриско“ снимање, (3Д снимање) и добиениот објект има ширина, висина и длабина.



- тријажираат и
- менаџираат дентофацијаните неправилности.

Раното препознавање на ортодонтските неправилности е ПРЕДУСЛОВ за точна дијагноза и адекватен ортодонтски третман а тоа е УСЛОВ за добивање бенефит при постигнувањето на оклузалната хармонија, функција и дентофацијална естетика.

Бенефитот од раниот ортодонтски третман:

- Корекција на штетните навики.
- Редуција или елиминација на абнормалното голтање и проблеми со говорот.
- Намален ризик од траума на протрудираните фронтални заби.
- Можност да се насочува растот на вилиците.
- Можност да се насочуваат идните перманентни заби во правилна позиција, и обезбедување доволен простор.
- Редуцирана потреба од екстракција на перманентни заби.
- Редуцирана или елиминирана потреба од максилофацијална хирургија.

Seven warning signs in 7-year-olds



Седум предупредувачки знаци на 7 годишна возраст

- Можност да се минимизира потребата од понатамошен екстензивен и поскап третман.

- Зголемување на самодовербата кај децата.

Доц.д-р Наташа Тошеска-Спасова

tomography (CBCT) во ортодонцијата

Cone beam computed tomography (CBCT) е највредниот дијагностички модалитет во моментот, благодарение на предностите кои ги нуди: поголема комфортност и помала просторна рестриktivност за пациентот, намалена радиациона доза до 30%, преглед и пристап на сите анатомски делови од различни агли со различни мерни анализи и пристап до компјутерски генерирани модели кои дозволуваат подобра визуелизација на потенцијалните терапевтски процедури. Исто така, пациентите полесно ги разбираат препораките и терапевтските опции поради можноста за додавање на контраст и боја за истакнување на проблематичните зони.

CBCT е супериорна техника бидејќи со едно снимање се добиваат кумулативно сите информации (фотографии, панорама, краниометрија, ТМЗ, селектирани периапикални регии, фрактурни линии, проодност на дишни патишта итн). Сите различни типови слики на пациентот се процесираат во единствена софтверска платформа, правејќи го програмот моќно оружје за дијагноза.

Индикациите за CBCT во ортодонцијата се: детекција на формата, големината, квалитетот и просторните соодноси на коскени компоненти, утврдување на дебелината на кортикалната површина, утврдување на положбата и ориентацијата на импактирани заби, утврдување на евентуалната коренска ресорпција, утврдување на присуство и положба на прекубројни заби, ТМЗ евалуација и присуство на остеофити, проценка на постоење и изразеност на фацијална асиметрија, проценка на проодноста и волуменот на дишните патишта и суптилна претхируршка денто-алвеоло-гнатофацијална анализа.

Гипсените модели може да се скенираат, па забите виртуелно да бидат нивелирани со софтверот, кој нуди премерување, анализа и третмански план. Има можност за виртуелна инспекција на оклузијата, со денални и лакови премерувања. Програмот овозможува да се помрдуваат забите, да се визуелизираат и корегираат интерсекциите. Со комплетен сет од алатки за гледање,

подобрување, мерење, исцртување и при-бележување, софтверот овозможува ед-тирање, зумирање, ротирање и суперпони-рање.

Кефалометриската анализа обезбедува едноставно одредување на точките и рамнините и флексибилно процесуирање на сите параметри и дијагнози. Нуди дизајнирање на сопствени анализи, како и создавање на анализа со модифицирање на претходно сочувани премерувања или со користење на голема група на предефинирани елементи. Сопствениите норми може да се постават како шаблон.

Сите премерувања можат да се сумираат во деталниот репорт за третмански план. Документ од кој било вид може да се приклучи кон фајлот, обезбедувајќи удобно складирање. Резултатите може да се трансферираат до апликациите за мобилни телефони или до партнерските ординации кои го користат софтверот.

Доц. Д-р Билјана Џипунова

Упатство за авторите

Уредувачкиот одбор на “Vox Dentarii”, Ве информира дека списанието има меѓународен уредувачки одбор и во него ќе има можност да се објавуваат стручни, научни, ревијални трудови и прикази на случај. Препорачливо е трудовите да бидат искуства од праксата или пак да содржат популарни и најнови информации од одредена област или теми кои ќе бидат корисни за сите нас стоматолозите - практичари.

Сите оние кои сакаат да печатат во “Vox Dentarii” се должни да се придржуваат кон правилата за подготовка на трудовите, а уредувачкиот одбор нема да ги прифати на разгледување и рецензија трудовите кои не се подготвени според цитираните правила и посочениот пример.

Подготвениот труд може да се испрати по пошта (CD или DVD) или електронски.

Ако изборот на испраќање е преку пошта адресата е следна:

Стоматолошка комора на Македонија
Огњан Прица бр. 14/5
за “Vox Dentarii”
Главен и одговорен уредник
проф. д-р Мирјана Поповска

Трудовите се испраќаат на следниве e-mail адреси:

на главниот и одговорен уредник:

e-mail: popovskam2002@yahoo.com

или пак на официјалната дреса на Стоматолошката комора на Македонија:

skm@stomatoloskakomora.org

ПОДГОТОВКА НА РАКОПИСОТ

Секој составен дел од трудот треба да започне со нова страница. На пр: насловна (прва страница), апстракт со клучни зборови, вовед, материјал и метод, резултати, дискусија, референци и прилог од табели, графикони, слики или илустрации со легенди. Сите страници, започнувајќи од насловната, треба да бидат нумерирани во десниот долен агол.

Прва страница - насловна страница треба да ги содржи следните податоци:

Наслов на трудот отчукан со големи букви. Препорачливо е насловот да биде кус, јасен и информативен;

Полното име и презиме на авторот или авторите, отчукани со мали букви. Во продолжение титулата на секој од учесниците во трудот, институцијата каде е вработен, e-mail, адреса и контакт телефон;

Податоци на контакт лицето со кое ќе се кореспондира во врска со ракописот (име и презиме, институцијата каде е вработен, e-mail, адреса и контакт телефон).

Од авторите кои се наведени како учесници во трудот се очекува активно да учествувале во изработката на трудот која подразбира идеја за изработка, структура и концепција на трудот. Практична реализација на поставените цели и финална обработка на ракописот. Имено, учеството во работата на секој цитиран автор ја дефинира одговорноста по однос на одредени поставки на приложената содржина. Пасивно допишување на учесници во трудот, учесници-коавтори на ракописот кои само финансиски го поддржуваат трудот и немаат друга дефинирана обврска во реализација не е дозволена. Секој автор треба да има точно дефинирана задача која е негова одговорност.

Редоследот на авторите во трудот е заедничка одлука на сите учесници освен на првиот автор, кој е носител на трудот и кој има најголем ангажман во неговата реализација. Првиот автор не мора да биде и контакт лице за кореспонденција.

Втора страница (апстракт). Апстрактот треба да биде кус извадок на ракописот. Тој треба да биде напишан во структуриран облик. Структурираниот апстракт подразбира поделено да ги содржи сите делови на трудот започнувајќи од цел, материјал и метод, резултати и заклучок. Воведот не е задолжителен, но ако авторите сметаат дека е

потребен или неопходен, може да биде составен дел на апстрактот. Во овој случај тој треба да биде кус, содржаен, на кој ќе се надоврзе целта која во апстрактот е посебен дел. Во делот - материјал и метод, се посочуваат групите испитаници, и критериумите кои се применети. Во случај кога се користи медицинкамент, задолжително се цитира производителот, градот и земјата. Ако е применета апаратура, тогаш се именува апаратот со битните карактеристики и повторно производителот, градот и земјата. Во делот резултати, се изложуваат само значајните параметри и сигнификантните наоди. Заклучокот треба да биде посебен сегмент и треба да биде кус одговор на поставената цел.

По должина апстрактот треба да содржи најмногу 250 зборови.

Апстрактот завршува со клучни зборови, кои најмалку треба да бидат три а најмногу пет. Клучните зборови кои треба да бидат искористени од термините што се цитирани на листата од Index Medicus (MeSH).

Вовед. Третата страница треба да ја започнете со вовед. Опширен и тематски неповрзан вовед со целта не е препорачлив. Воведот треба да биде кус, а во неговата содржина треба да бидат цитирани само референци кои се строго поврзани со поставената цел со која, всушност, завршува воведот. Во воведот посебно јасно треба да се посочи оправданоста на трудот. Во него строго се забранува истакнување на резултати од спроведеното истражување и дискусија по однос на разработениот проблем. На крајот од воведот, во последниот пасос, се истакнува целта на студијата.

Материјал и метод. Прецизно и јасно, најнапред осврнете се на материјалот, а потоа и на методот на работа. На крај од овој сегмент посочете ја и статистичката метода која е применета за обработка на добиените податоци.

Во подделот материјал, изнесете ги критериумите според кои е направена

селекцијата на испитаниците, а кои се вклучени во студијата. Потоа, поодделно опишете ги групите кои се распределени по бројност, групирани во испитувана, контролна група, по потреба подгрупа, всушност онака како што сте ја дизајнирале студијата.

Потоа, истакнете ги применетите методи. Ако е во прашање апаратура која сте ја примениле, подробно опишете ја применетата опрема со посочен производител, модел, град, земја. Обрнете посебно внимание на перформансите што сте ги искористиле во истражувачката цел, нив потенцирајте ги на начинот на кој сте ги примениле. Посочете ги јасно и прецизно. Ако се применувани лекови, пожелно е да биде употребено генеричкото име на лекот со точно наведување на сите податоци кои опфаќаат назив на производителот, град, земја. Посебно истакнете го начинот на примена, обликот и дозирање на лекот.

Доколку методот е употребуван и публикуван во трудови, каде овој метод е веќе применет, повикајте се на референцата од каде Ви е искористен податокот.

Во поделот статистичка обработка на податоците, цитирајте ја статистичката метода што била користена во обработката на податоците. Статистичката обработка на податоци приложете ја јасно и во детаил, со цел да биде пристапна до секој консумент.

Резултати. Резултатите од истражувањето може да ги приложите текстуално, во облик на табели, графици или пак илустрирано со оригинални и изворни фотографии.

Вообичаено, во делот резултати не пожелно е наодите да бидат следени со Ваши сопствени видувања и коментари или, пак, да бидат поврзувани со цитати од литературата.

Исти резултати не треба да се повторуваат во табели и графикони истовремено. Изборот за обликот на објавување на резултатите го прават авторите, но не пожелно е да се дуплираат. После секој табеларен и графички приказ следи текстуален опис кој треба да ги истакне само најважните наоди. Не се оправдува опширно и темелно текстуално толкување на графиконот или на табелата, тоа непотребно го оптоварува текстот. Бројот на табелите, графици и сликите не е ограничен, но од Вас се очекува да

ги сведете на неопходен минимум. Во делот резултати, одберете за секој толкуван параметар најсоодветен приказ (табела, график или фотографија), изнесете ги најнеопходните наоди текстуално без сопствен коментар или заклучок и не ги повторувајте резултатите преобликувајќи едни исти наоди во табела, графикон или текст. Фотографиите може да Ви бидат цврст аргумент на Вашиот наод, но приложете само она што е вредно и неопходно да се види. Секојдневни, познати и незначајни состојби немојте да ги фотодокументирате.

Посебен прилог на делот резултати се табелите, илустрациите (графикони и фотографии).

Секој од нив треба да е на посебна страница.

Табелите треба да бидат обележени со арапски бројки, едноподруго според појавувањето во текстот. Над секоја табела оформете наслов, кус, информативен, но доволно јасен кој ќе се однесува на параметрите што се содржина на табелата. Секоја табела треба да содржи колони и редови во кои описно, со полн наслов или кратенка, ќе посочат одредени параметри. Секоја табела треба да биде цитирана во текстот, онаму каде авторите сакаат да биде поставена. Во текстот табелата се цитира со бројот што и припаѓа и насловот.

Ако во табелата се користени кратенки кои не се стандардизирани, тогаш под секоја табела со фуснота се објаснуваат кратенките. За фусноти користете познати симболи. Во вакви ситуации како најчести се користат следните фусноти: *, #, и др.

Табелите дизајнирајте ги без вертикални линии, а разграничувањето во вертикална димензија направете го оставајќи доволен простор во колоните.

Илустрациите (графиконите, фигурите и фотографии) цитирајте ги во текстот исто како и табелите, посочувајќи го бројот и насловот.

Графиконите нумерирајте ги според појавување во текстот. Пожелно е графиконите да бидат изработени во Excel, а до редакцијата да бидат доставени електронски или во материјална форма.

Фотографиите нумерирајте ги според редот на појавување во текстот, исто како кај табелите и графиконите. Сликите

СТРУЧНИТЕ ТРУДОВИ ТРЕБА ДА СЕ ПОДГОТВАТ НА СЛЕДНИОТ НАЧИН:

- Word документ напишан со фонт „arial“ или „times new roman“, со македонска поддршка.
- Текстот да се пишува со големина на букви 12 (points).
- Покрај тоа што фотографиите се поставени во рамките на текстот, задолжително е истите да се приложат поединечно (засебно), заради поквалитетно печетење.
- Табелите, доколку се фотографии, да се приложат како фотографии (во и засебно од текстот). Доколку табелите се авторски, да се приложат во excel.
- Апстрактите на англиски јазик да бидат со наслов.

обележете ги со арапски бројки и оформете наслов и легенда, а потоа поставете ги во текстот каде што сте ги предвиделе. Сликите може да бидат црно бели или во боја, изборот го прават авторите. Пожелно е фотографиите да бидат со резолуција 300 и да бидат доставени до редакцијата во TIF или JPG формат.

Ако во текстот предвидувате фотографија од лице, тогаш за тоа ви е потребна писмена согласност за објава во јавност, која ќе ја приложите во Редакција. Во спротивно, треба да преземете активности со која ќе овозможите лицата да бидат физички неприепознатливи.

Дискусија. Во овој сегмент е предвидено јасно да ги изнесете вашите видувања и ставови по однос на испитуваниот проблем. Не ги повторувајте веќе објавените резултати, но искористете ги интерпретираните наоди за да ги компарирате со наоди на други автори чиј предмет на истражување е сроден со вашиот избор. Дебатирајте преку добиените наоди од студијата, спротиставувајќи се или, пак, потврдувајќи ги резултатите со други релевантни истражувања. Посебно е важно, во овој дел да се потенцира важноста на студијата, апликативноста или научниот придонес.

Делот дискусија завршува со заклучок кој се надоврзува на дискусијата и е спонтан завршеток на студијата. За делот заклучок не е предвиден посебен сегмент. Всушност, во последниот пасос потенцирајте го заклучокот кој треба да

биде одговор на поставената цел. При оформување на заклучокот водете се од целта. Имено, заклучете го она што ви е зададено како задача во целта, онака како што произлегува од добиени резултати на истражувањето. Избегнувајте да поддржувате тврдења за кои немате покривање од спроведеното истражување или, пак, да давате приоритети при состојби кои докрај не се дефинирани. Доколку изборот на темата дозволува, пожелно е да произлезат одредени препораки со кои ќе ја истакнете важноста на студијата.

Референци. Во текстот референците се одбележуваат со арапски бројки во заграда во фонт формат суперскрипт, според редот на појавување во текстот - *важнуверски начин на цитирање*. Секоја од референците добива последователен број започнувајќи од првата и завршувајќи со последната референца. За цитирање на референците во делот литературата користете ги инструкциите на примерите кои следат, за трудови во списанија, извадоци од книги, монографии, магистерски и докторски трудови.

Непублицирани трудови, податоци од лични комуникации не треба да ги користите како литературни извори на кои се повикувате во текстот. Трудови прифатени за печат можете да ги користите како валидни референци, но во референцата на местото списание, број, волумен страница заменете ја со терминот "во печат".

Vox Dentarii ракописите ќе ги хонорира со 2.000 денари за секој труд што ќе биде отпечатен во некој од броевите на списанието, а годишно ќе биде избран најдобар труд кој ќе биде награден со хонорар во висина од 6.000 денари.

Цитирање референци во текстот

Во текстот референците се цитираат со посочување на првиот автор ако се работи за еден, а ако во трудот учествуваат два автори, тогаш се именуваат двата.

Пр. Shukla⁽¹⁾ "известува дека ..." или He и Cai⁽²⁾ "соопштуваат..."

Shukla A. Potentially malignant disorders of the oral cavity: a clinical study.

Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2014 Jan;66(1):79-85

He J, Cai Y. The over-expression of STAT1 and IFN-gamma in lesions of human oral lichen planus. Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2014;45(1):70-3.

Ако во текстот се појавуваат референци со повеќе од два автори, тогаш се именува првиот автор се дополнува со додавката соработници во скратен облик.

Пр. Budimir и сор.⁽³⁾ "изјавуваат дека..."

Budimir V, Richter I, Andabak-Rogulj A, Vučićević-Boras V, Budimir J, Brailo V. Oral lichen planus - retrospective study of 563 Croatian patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2014;19(3): 255-60.

Референците кои се цитираат во текстот, не мора да започнуваат или завршуваат со презимето на авторот/авторите. Имено, ако текстот дозволува ре-

ференцата/ референците може да се наведе само со нејзиниот број од литературата ставен во заграда.

Пр. поедини автори^(1,2,3,4) "сугерираат дека ...". Во овој случај од литературата се преземаат сите претходни, вклучувајќи го и овој што следи т.е. четвртиот.

Rivarola de Gutierrez E, Innocenti AC, Cippitelli MJ, Salomón S, Vargas-Roig LM. Determination of cytokeratins 1, 13 and 14 in oral lichen planus. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2014;19(4): 359-65

Цитирање референци во делот литература

Во литературата може да бидат цитирани трудови во стручни и научни списанија, книги, монографии, магистерски, докторски трудови и др.

Примери за начин на цитирање:

Референци од стручнонаучно списание

Cetin Ozdemir E, Eksi F, Senyurt SZ. A case of gingival myiasis caused by Wohlfahrtia magnifica. Mikrobiyol Bul. 2014;48(3): 512-7.

Референци од зборник на трудови од стручни манифестации

Foteva K, Majstorceva M, Pavleska M, Popovska M, Georgievskia E. Dental Injuries to School Children. 18th BaSS Congress, Skopje, Macedonia, Abstract book, 2013:377.

Книги и монографии

Regeza JA, Sciubba JJ. Oral pathology, clinical pathologic correlations. 3rd ed. Philadelphia, Pensilvania: W.B. Saunders company, 1999:120-126.

Магистерски и докторски дисертации

4. Атанасовска-Стојановска А.

Влијанието на нивото на функционалната способност на имунокомпетентните клетки Т,Б и НК (natural killer) врз појавата и текот на пародонталната болест кај младата популација (магистерски труд) Скопје, Македонија; Стоматолошки факултет, 2002:87.



skm@stomatoloskakomora.org
www.stomatoloskakomora.org